UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1956 — N° 198

Contribution à l'étude des Osteites Tuberculeuses juxta-articulaires traitées par Antibiotiques

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Lundi 26 Novembre 1956

par

Antoine SABRIÉ

Né le 3 Juillet 1930 à VERSAILLES (Seine et Oise)

Élève de l'École Principale du Service de Santé de la Marine et de la France d'Outre-Mer
Diplômé de Médecine Tropicale
Médecin Breveté de la Marine Marchande

Examinateurs de la Thèse :

MM. POUYANNE, professeur, *Président*
PAPIN, professeur
RIGAUD, agrégé
DARMAILLACQ, agrégé
} *Juges*

BORDEAUX
IMPRIMERIE SAMMARCELLI FRÈRES
80 bis, Cours de l'Argonne

1956

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547309_0052

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1956 — N° 198

Contribution à l'étude des Osteites Tuberculeuses juxta-articulaires traitées par Antibiotiques

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Lundi 26 Novembre 1956

par

Antoine SABRIÉ

Né le 3 Juillet 1930 à VERSAILLES (Seine et Oise)

Élève de l'École Principale du Service de Santé de la Marine et de la France d'Outre-Mer
Diplômé de Médecine Tropicale
Médecin Breveté de la Marine Marchande

Examinateurs de la Thèse :

MM. POUYANNE, professeur, *Président*
PAPIN, professeur
RIGAUD, agrégé
DARMAILLACQ, agrégé
Juges

BORDEAUX
IMPRIMERIE SAMMARCELLI FRÈRES
80 bis, Cours de l'Argonne

1956

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYENS HONORAIRES : MM. DUPÉRIÉ, CHELLE, PORTMANN
DOYEN : M. SIGALAS. — ASSESSEUR : M. TAYEAU

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. A. MANDOUL, ANDÉRODIAS, ROCHER, LANDE, DUVERGEY, CARLES, LEURET, CHARRIER, DUBREUIL, CRUCHET, PERRENS BEAUVIEUX, CREYX, MAURIAC.

PROFESSEURS :

	MM.
Clinique médicale	DE GRAILLY
	BROUSTET
Clinique chirurgicale	PAPIN
	MASSÉ
Clinique d'accouchements	M. RIVIÈRE
Clinique gynécologique	MAGENDIE
Anatomie pathologique et microscopie clinique	LÉGER
Anatomie	DUFOUR
Anatomie générale et histologie	MAYER
Hygiène et Clinique de la tuberculose	PIECHAUD
Médecine légale et médecine du travail	DERVILLÉE
Electroradiologie et clinique d'électricité médicale	REBOUL
Chimie	MESNARD
Matière médicale	MASQUELIER
Pharmacie	VITTE
Physiologie	FABRE
Clinique médicale des maladies des enfants	FONTAN

	MM.
Zoologie et parasitologie	SIGALAS
Pathologie générale et expérimentale	SARIC
Clinique ophtalmologique	BESSIÈRE
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	POUYANNE
Clinique médicale et des maladies infectieuses	AUBERTIN
Chimie biologique et médicale	TAYEAU
Physique médicale et pharmaceutique	PIFFAULT
Médecine coloniale et Clinique des maladies exotiques	MORETTI
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JOULIA
Clinique des maladies des voies urinaires	DARGET
Clinique des maladies nerveuses et mentales	DELMAS-MARSALET
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	G. PORTMANN
Toxicologie et hygiène appliquée	CASTAGNOU
Clinique odonto-stomatologique	DUBECQ
Botanique et cryptogamie	GIRARD
Thérapeutique	F.-J. TRAISSAC
Hydrologie thérapeutique et climatologie	DUBARRY
Carcinologie	LACHAPÈLE

PROFESSEUR A TITRE PERSONNEL :

M. BLANQUET (Section Pharmacie)

PROFESSEURS SANS CHAIRE :

MM. MAHON (Obstétrique), PAUTRIZEL (Parasitologie), Mlle ROUGIER (Physiologie), M. MOUSTARDIER (Bactériologie)
M. CAZAUX, Pharmacie (3e Section)

MAITRES DE CONFÉRENCES AGRÉGÉS :

	MM.
Anatomie	RIGAUD
	CABANIE
Biochimie médicale	NEUZIL
Pathologie expérimentale	FAURE
Physique médicale	DUHAMEL

	MM.
Pharmacie (1re Section)	R. GOLSE
	ROMAIN
Pharmacie (2e Section)	QUILICHINI

CHARGE DES FONCTIONS DE MAITRE DE CONFÉRENCES AGRÉGÉ :

M. STOLL (Histologie)

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.
Médecine générale	BERGOUIGNAN
	LENG-LÉVY
	LAVIGNOLLE
	MARTIN-DUPONT
	DAVID-CHAUSSE
	J. RIVIÈRE
Chirurgie générale	LAUMONIER
	CHAVANNAZ
	VILLAR
	TINGAUD
	DEPAULIS
	DARMAILLACQ

	MM.
Obstétrique	CHASTRUSSE
	FAUGÈRE
Ophtalmologie	CORCELLE
Oto-rhino-laryngologie	DESPONS
	M. PORTMANN
Dermatologie et shyphiligraphie	LE COULANT
Pédiatrie et puériculture	VERGER
Médecine légale et médecine du travail	L'ÉPÉE
Odonto-stomatologie	BENOIT
Urologie	LANGE
Neurologie et psychiatrie	BLANC
Pneumo-phtisiologie	FREOUR

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.
Médecine opératoire	LAUMONIER
Accouchements	CHASTRUSSE
	FAUGÈRE
Puériculture	VERGER
	PÉRY
Législation pharmaceutique	COUSTOU
Cryptogamie	LAUBIE
Obstétricie sociale	MAHON
Organographie et physiologie végétale	TEMPÈRE
Chimie biologique analytique	MARQUEVIELLE
Chimie analytique	BABIN
Pathologie chirurgicale	VILLAR
	CHAVANNAZ
	TINGAUD
	LAPORTE
	DARMAILLACQ

	MM.
Zoologie pharmaceutique	BAILENGER
Physiologie	Mme LINQUETTE
Toxicologie et Hygiène	Mlle LARCEBAU
Phytopharmacie	CORTESI
Droit médical international	AUBY
Médecine légale	L'ÉPÉE
Séméiologie médicale	RIVIÈRE J.
Séméiologie chirurgicale	DEPAULIS
Embryologie	STOLL
Pathologie médicale	BERGOUIGNAN
	LENG LÉVY
	LAVIGNOLLE
	DAVID-CHAUSSE
	RIVIÈRE
	MARTIN-DUPONT

Le Secrétaire principal de la Faculté : GAYRAUD

Par délibération du 5 Août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation, ni improbation.

A MES GRANDS-PARENTS

A MON PERE - A MA MERE

A MON ONCLE

A MA FIANCEE

A MON FRERE

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

A MON FILLEUL

A TOUS MES AMIS

A MES CAMARADES DE L'ECOLE DE SANTE NAVALE
ET DE LA FACULTE

A NOS PROFESSEURS DE L'ECOLE DE SANTE NAVALE
ET COLONIALE

A NOS MAITRES DE LA FACULTE DE MEDECINE
ET DES HOPITAUX DE BORDEAUX

A M. le Médecin Général de 2e Classe LAHILLONNE

Directeur de l'Ecole Principale du Service de Santé,
de la Marine et de la France d'Outre-Mer
Médecin des Hôpitaux Maritimes
Commandeur de la Légion d'Honneur
Croix de Guerre 1939-1945
Officier du Mérite Maritime

A M. le Médecin en Chef de 1re Classe CONSTANS

Sous-Directeur de l'Ecole Principale du Service de Santé,
de la Marine et de la France d'Outre-Mer
Spécialiste des Hôpitaux Maritimes
Officier de la Légion d'Honneur
Croix de Guerre 1939-1945

A NOS JUGES :

Monsieur le Docteur DARMAILLACQ
Agrégé de Chirurgie générale.
Chirurgien des Hôpitaux,
Croix de guerre,

Monsieur le Docteur RIGAUD
Maître de Conférence Agrégé d'Anatomie
Professeur Agrégé des Ecoles de Médecine Navale
Chirurgien des Hôpitaux Maritimes
Officier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction Publique.

Respectueux hommages.

Monsieur le Professeur PAPIN
Professeur de Clinique Chirurgicale
Chirurgien des Hôpitaux,
Membre associé national de l'Académie de Chirurgie
Membre correspondant national de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction Publique

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur L. POUYANNE

Professeur de Clinique chirurgicale infantile et Orthopédie

Chirurgien des Hôpitaux,

Officier d'Académie,

Avec toute notre gratitude pour le grand honneur qu'il nous fait en nous confiant ce sujet, pour l'accueil et l'aide que nous avons toujours reçu auprès de lui; et aussi pour les qualités médicales et humaines de son enseignement, dont nous garderons le souvenir avec une respectueuse admiration.

INTRODUCTION

Les antibiotiques ont par leur action, modifié les données thérapeutiques, et par là même, l'évolution d'un grand nombre d'affections. La tuberculose n'a pas échappé à leur action, et en particulier, la tuberculose osseuse.

Les observations que nous présentons dans les pages à venir, sont celles de malades atteints d'ostéite tuberculeuse, et plus particulièrement, d'ostéite juxta-articulaire. Tous ces malades ont subi un traitement antibiotique.

Plusieurs années s'étant écoulées entre le début de leur traitement et la date à laquelle ils ont été revus, nous pensons donc qu'il serait intéressant de considérer l'évolution de leur affection et les conclusions thérapeutiques que nous pourrons en tirer.

Nous envisagerons tout d'abord, mais seulement dans leurs grandes lignes, ce que sont les ostéites juxta-articulaires et surtout quel traitement leur était opposé avant les antibiotiques.

Ensuite, nous présenterons les observations. Enfin, dans un dernier chapitre, nous envisagerons le rôle joué par les antibiotiques, et dans quelle mesure ils modifient ou complètent le traitement classique jusqu'à leur venue.

GENERALITES

Les ostéites tuberculeuses juxta-articulaires font partie des formes cliniques des ostéites tuberculeuses. Ces formes ont été décrites avec beaucoup de précision par Andrieu, au Congrès d'Orthopédie (1929) et très récemment, par P. Lance (24), à qui nous empruntons l'essentiel des données de ce chapitre.

Ces affections sont du reste considérées comme rares.

Anatomie :

Il s'agit d'une caverne siégeant dans le bulbe de l'os, et ayant tendance à envahir l'articulation par un double mécanisme : percement direct du cartilage ou propagation par la synoviale. De ces données, il ressort déjà, l'intérêt qu'il y a à prévenir l'envahissement de l'articulation; de plus, chez l'enfant, la présence du cartilage de conjugaison, pourra offrir un obstacle supplémentaire à l'extension de la lésion.

Clinique :

L'ostéite tuberculeuse juxta-articulaire marque sa prédilection pour : le toit du cotyle, l'extrêmité inférieure du fémur ou du tibia, la rotule, la palette humérale.

Comme signes de début, l'on relève : des douleurs, et aussi chez l'enfant, on peut noter une hydarthrose.

Radiologie :

Apparition d'une géode régulière, assez nettement limitée, sans réaction périostée. Parfois, et alors l'image est pathognomonique de la lésion, l'on observe une double géode en bissac, à cheval sur le cartilage de conjugaison.

Evolution :

Elle réside uniquement dans l'atteinte articulaire, qui réa-

git par un gonflement et une limitation des mouvements. On a alors un épanchement banal qui ne contient pas de B.K.

Comme le signale Andrieu, l'on assiste à une guérison dans un grand nombre de cas opérés, et ceci, avant les antibiotiques. Cependant, dans 16 à 20 % des cas, passage à l'ostéo-arthrite.

Séquelles :

Troubles de la croissance osseuse : troubles dans le sens d'un allongement ou d'un raccourcissement auquel peut s'associer une déviation en varus ou en valgus.

De plus, séquelles de l'ostéo-arthrite elle-même.

Diagnostic :

C'est le diagnostic d'une géode osseuse.

Si cette géode est unique et en l'absence de toute réaction périostée, on peut discuter : échinococcose,
angiome,
kyste solitaire des os,
tumeur à myéloplaxe,
granulome éosinophile.

De plus, la cuti-réaction et l'atteinte du cartilage de conjugaison plaident en faveur de la tuberculose.

Dans le cas d'une double géode, le diagnostic s'impose sans discussion. Ce qu'il faut préciser, c'est l'atteinte de l'articulation, et pour cela, un examen clinique rigoureux peut apporter davantage que la radiographie. Cependant, la tomographie peut permettre de localiser la lésion par rapport aux corticales voisines. Les constatations cliniques restent cependant très importantes : conservation de la mobilité articulaire, atteinte ganglionnaire dans le territoire correspondant.

L'on pourra, mais dans certaines conditions, compléter ce diagnostic par une biopsie-évidement.

Traitement :

Nous n'envisagerons dans ce paragraphe, que le traitement préconisé avant les antibiotiques.

Tout d'abord, traitement général : hygiéno-diététique, cure hélio-marine. Conjointement, immobilisation plâtrée, stricte de l'articulation.

De plus, l'on peut envisager une intervention chirurgicale, autant que possible par voie extra-articulaire; cette intervention sera, bien entendu, fonction du cas traité.

Les résultats de ce traitement ainsi rapidement esquissé, sont ceux qu'Andrieu rapportait en 1929.

— Sur 64 ostéites non opérées : 42 guérisons.

— Sur 68 cas opérés : 57 guérisons.

OBSERVATIONS

Nous présentons ici les observations de huit malades atteints d'ostéite tuberculeuse juxta-articulaire. Nous avons groupé en dernière page, une planche de schémas, illustrant les lésions constatées.

— Trois de ces obsérvations (I, II, VIII) concernent des malades suivis dans le Service de Chirurgie Infantile et Orthopédie (Pr. Pouyanne).

— Les cinq autres (III, IV, V, VII) concernent des malades traités par le Pr. Pouyanne, dans sa clientèle privée.

OBSERVATION N. I

L... Evelyne deux ans et demi; ostéite tuberc. juxta-articulaire de l'extrémité supérieure du fémur gauche. Traitée par immobilisation plâtrée seize mois; antibiotiques. Guérison.

La petite L... Evelyne avait présenté à l'âge de six mois une primo-infection, traitée par streptomycine pendant deux mois et demi et par P.A.S. per os.

14 août 1953. — Cette enfant présente une claudication du membre inférieur gauche avec douleurs et température; on craint une poliomyélite.

1er septembre 1953. — Immobilisation pendant un mois et demi. Terramycine pendant trois semaines. On a alors une chute de la température. A cette date on enlève l'appareil plâtré et l'on pratique une mobilisation progressive.

15 décembre 1953. — Pas de température. Mais persistance d'une claudication. La malade est alors envoyée en consultation au Professeur Pouyanne.

L'examen pratiqué montre : Etat général satisfaisant, appétit bon.

Localement : Atrophie de la fesse gauche. La palpation de la hanche gauche révèle : chaleur locale, adénopathie rétrocrurale.

La mobilisation met en évidence : flexion normale, extension limitée.

Radiologiquement : décalcification du col et de la tête fémorale, gauche; avec irrégularité des contours de l'épiphyse et pincement de l'interligne.

Appareil pelvi-pédieux.

8 février 1954. — Ablation du plâtre. Puis on refait une nouvelle immobilisation plâtrée, pour trois mois.

16 août 1954. — L'enfant a grossie, sa température est normale. Plâtre pelvi-pédieux prenant jambe gauche jusqu'aux orteils.

La radio montre une stagnation des lésions de la hanche.

17 novembre 1954. — On procède à l'ablation du plâtre. La V.S. : 2-8-3.

Nouvel appareil plâtré pour deux mois.

22 janvier 1955. — Plâtre pelvi-pédieux.

13 avril 1955. — Ablation du plâtre. Au point de vue clinique rien à signaler depuis novembre.

6 juillet 1955. — L'enfant a repris la marche depuis un mois et demi. Pas de douleurs. Etat général bon.

L'examen montre une hanche en bonne position, pas de raccourcissement, légère amyotrophie. Légère claudication.

2 mai 1956. — Etat clinique satisfaisant. Pas de claudication. L'abduction est limitée à 70o. Pas de raccourcissement.

Radiologiquement : nette amélioration par rapport au cliché de novembre dernier; opacification du cotyle dans sa partie supérieure, qui était transparente.

OBSERVATION N. II

K. Joël, quatre ans, ostéite tuberc. juxta-articulaire de l'extrémité supérieure du fémur gauche. Immobilisation plâtrée, cure hélio-marine, streptomycine. Guérison.

Le petit K... Joël hospitalisé au préventorium d'Andernos pour complexe primaire droit, polymicroadénopathie, hypotonie, état général médiocre. Notion de contage familial. Cet enfant présente depuis quinze jours des douleurs et une gêne fonctionnelle au niveau de la hanche gauche. L'immobilisation ne donne pas de résultats. La température est normale.

28 octobre 1955. — On trouve à l'examen : une cuisse gauche atrophiée par rapport à la droite : 2 cm. L'hyperextension est douloureuse et limitée à gauche, de plus gêne à la flexion et à la rotation externe.

On trouve une masse ganglionnaire volumineuse douloureuse rétro-crurale, sensible. La V.S. : 27-54.

Radiologiquement : décalcification diffuse de l'extrémité supérieure du fémur gauche. Interligne et tête fémorale normaux. Productions ostéophytiques suspectes. De nouvelles radios s'imposent; elles n'apportent pas d'indications nouvelles sur cette formation.

Traitement prescrit : Streptomycine, 0,50 gr. tous les deux jours.

9 novembre 1955. — On fait un appareil plâtré pelvi-pédieux.

2 décembre 1955. — Le malade revient au service. La V.S. : 46-78.

Un examen montre que la flexion de la cuisse sur le bassin est limitée à 100 degrés.

On refait une nouvelle immobilisation plâtrée.

1er février 1956. — Etat général satisfaisant. V.S. : 5.

Pas d'attitude vicieuse de la hanche, qui est souple; mais sensible à la pression. Ganglion rétrocrural de la grosseur d'une noix. Nouveau plâtre.

25 avril 1956. — Etat général moyen. Hanche libre mais persistance d'une adénopathie inguinale et rétrocrurale.

Radio : disparition de l'exostose et de l'image d'érosion.

L'enfant est laissé au repos sans plâtre.

20 août 1956. — L'enfant est revu en très bon état général.

5 novembre 1956. — Marche normale ainsi que la mobilité de

la hanche gauche. Les radios ne montrent aucune altération : on autorise la reprise progressive de la marche.

OBSERVATION N. III

B... Livino, 21 ans, ostéite tuberc. juxta-articulaire de la rotule droite. Traitée par curetage, antibiotique, immobilisation. Guérison. Rechute 1 an après. Actuellement guérison.

B... Livino présente une fatigue généralisée depuis quatre mois et un amaigrissement de 8 kilos s'accompagnant d'une hydarthose douloureuse du genou droit avec immobilisation complète. A été traité par son médecin par repos et ponctions. Malgré cela l'impotence se reproduit après une amélioration passagère et le malade est obligé d'arrêter complétement son travail.

Il ne présente rien de particulier dans ses antécédents.

17 novembre 1950. — L'examen pratiqué à cette date, montre un genou droit un peu gros, chaud, sensible à la pression. Il y avait un discret épaississement de la synoviale et une limitation de la flexion et de l'extension. On perçoit à la palpation un petit nodule élastique et indolore à l'angle supéro-externe de la rotule avec séquestre en grelot.

Le traitement proposé consistait en curetage d'ostéite suivi d'immobilisation et de streptomycinothérapie.

27 novembre 1950. — Sous anesthésie et bande hémostatique on pratique l'intervention. Après curetage du foyer et ablation du séquestre on suture la synoviale et la brèche sans drainage et l'on immobilise dans un appareil plâtré.

L'examen histologique a montré qu'il s'agissait d'une lésion bacillaire.

3 février 1951. — Le plâtre est enlevé. Le genou est sec et froid, absolument indolore; la rotule est normale, et la radiographie montre que la lésion est devenue pratiquement invisible.

Le malade a reçu entre temps, 60 gr. de Streptomycine.

29 mars 1951. — La guérison peut alors être considérée comme complète, la récupération des mouvements a été très rapide et pratiquement totale. L'état général est excellent et le malade a repris

son travail.

5 mars 1952. — Donc, un an après, le malade est revu en pleine évolution d'une tumeur blanche typique : gros genou, chaud et sensible avec fluctuation surtout à sa partie externe; adénopathie.

Mauvais état général : V.S. : 44-53.

On pose alors un appareil plâtré pelvi-pédieux et l'on commence un traitement à la streptomycine qui a consisté à administrer 45 gr.

12 juin 1952. — On procède à l'ablation du plâtre. Le genou est tiède; un peu volumineux mais indolore. On a de plus, un relèvement sensible de l'état général : V.S. : 2-5.

27 novembre 1952. — Genou froid, sec, non élastique. Les radios sont bonnes. On fait une gaine plâtrée à conserver deux mois pour autoriser la marche.

Mars 1953. — Le malade a été muni d'un appareil orthopédique en cuir avec lequel il marche sans douleurs. Genou sec et froid. Bon état général.

Juillet 1956. — Depuis quatre ans, le sujet n'a plus eu aucun incident. Atrophie musculaire, genou froid et sec. Pas de latéralité.

OBSERVATION N. IV

G... Claudette, 7 ans, ostéite tuberculeuse juxta-articulaire du col du fémur droit. Immobilisation plâtrée six mois; Streptomycine, 37 grammes.

Il s'agit de la petite G... Claudette, âgée de 7 ans et demi.

Février 1952. — L'enfant commence à boîter du membre inférieur droit.

On pratique une radio et l'enfant est mise au repos étendu, pendant quatre mois.

Juillet 1952. — On a une aggravation. L'enfant est alors plâtrée pour une durée de six mois. Le plâtre est bien supporté et l'enfant a repris trois kilos.

Les antécédents personnels ne révèlent aucune maladie. La cuti est positive en juillet 1952.

Les antécédents héréditaires collatéraux : parents bien portants.

L'enfant est fille unique.

Avril 1953. — L'examen, à cette date, montre : une hanche mobile non douloureuse, un petit ganglion rétro-crural. Grosse amyotrophie. Pas de raccourcissement.

La radio pratiquée en juillet 1952, montre : une tête fémorale un peu aplatie. La V.S. : 16-41.

Une radio pratiquée en février 1953 met en évidence une décalcification diffuse, une géode sous-chondrale et un pincement.

Octobre 1953. — La malade est restée au repos complet; aucune douleur. La V.S. : ayant fléchi ainsi que l'état général dans le courant d'août on avait administré de la streptomycine : 7 gr. en un mois.

Ce traitement avait amené une amélioration nette.

La V.S. est alors en octobre : 16-13.

Un examen pratiqué à cette date montre une atrophie globale, un raccourcissement de 1 cm. Aucune douleur. Mobilité à la flexion de 60 degrés; extension normale; abduction . 25 degrés; rotation interne et externe un peu diminuée. Marche normale.

La petite malade a été mise au repos 6 mois; d'octobre 1953 à mars 1954. Streptomycine à la dose de 0,50 gr. tous les deux jours, pendant les mois de janvier et février 1954.

Mars 1954. — La vitesse de sédimentation est de : 4-10. La malade se lève et reprend peu à peu ses activités, y compris la classe. Mais elle garde cependant une certaine gêne fonctionnelle de ses mouvements.

Mai 1955. — Donc, quatorze mois après, l'on assiste brusquement, à un fléchissement de l'état général; aggravation de la claudication. Légère remontée de la vitesse de sédimentation : 7-18, état ayant nécessité une mise au repos depuis un mois.

L'examen clinique montre : claudication nulle. Pas de Trendelenburg. Flexion : 90 degrés. Les autres mouvements conservés. Hypotrophie globale du membre avec raccourcissement de 1,25 cm. La radiographie, à cette date, nous montre : déformation du col

et de la tête fémorale, mais sans aucun signe d'arthrite; une zone claire non géodique à la partie basse de la tête.

La malade est mise au repos et sous surveillance.

OBSERVATION N. V

B. Françoise. Ostéite tuberculeuse juxta-articulaire de l'extrémité du fémur droit. Immobilisation plâtrée : 6 mois. Streptomycine : 30 grammes. Guérison.

La petite B... Françoise, âgée de 5 ans, présente, en octobre 1953, des douleurs au niveau du genou droit. La cuti-réaction est positive. A été mise en immobilisation plâtrée de novembre 1953 à février 1954, puis ensuite, coquille plâtrée jusqu'au mois de mai 1954. A reçu en tout 30 grammes de streptomycine pendant ces huit mois et une boîte de P.A.S.

La vitesse de sédimentation était : 16-26, en février 1954, et de 12-19, en avril 1954.

L'enfant, après un séjour à la mer, a repris la marche en octobre. Depuis, ne souffre pas et ne se plaint de rien.

Janvier 1955. — L'examen du genou pratiqué à cette date, le montre pratiquement normal, si ce n'est une très légère limitation de la flexion. Ne présente ni douleur, ni chaleur, ni adénite.

On a un allongement hypertrophique de 0,5 cm.

Radiologiquement : petite géode bien cernée dans le condyle interne.

Juillet 1956. — Cette enfant est revue dans un très bon état général, ne boîte pas et n'a pas d'amyotrophie.

Août 1956. — Une radio pratiquée à cette date, montre : la géode comblée, et sa présence se devine plutôt qu'elle ne se voit, au niveau du condyle interne.

OBSERVATION N. VI

G.-M. Jean, 10 ans, ostéite tuberculeuse juxta-articulaire du toit du cotyle. Immobilisation plâtrée : 18 mois, cure hélio-marine, arthrodèse. Streptomycine : 61 grammes. A fait une coxalgie. Guérison.

Juillet 1952. — L'enfant fait une poussée douloureuse de la hanche gauche sans fièvre; on le met au repos au lit pendant deux mois.

Mars 1953. — Alors que l'enfant se portait bien, on assiste à cette date, à une nouvelle poussée douloureuse, accompagnée d'une température à 38 degrés tous les soirs. L'enfant ne souffre que couché sur le côté gauche ou à la marche. L'état général est stationnaire depuis.

Avril 1953. — La hanche présente un syndrome d'arthrite; de plus, il y a un abcès froid à la partie haute de la fesse.

La radio montre : une ostéite juxta-articulaire du toit du cotyle gauche; pas de signe d'arthrite.

L'abcès est ponctionné. On fait une immobilisation plâtrée, Streptomycine : 1 gramme par jour. L'état général est déficient. La vitesse de sédimentation est de 11-33.

Juin 1953. — On enlève le plâtre. La pression de la tête est douloureuse. Pas d'abcès.

Radiologiquement : lésion au niveau du toit du cotyle, élargissement de l'aspect articulaire, le cartilage de la tête est décollé. La tête est peu altérée, mais décalcification; pas d'ascension de la tête.

La vitesse de sédimentation est de 34-70.

On instaure une thérapeutique avec : Streptomycine et P.A.S. et l'on fait un plâtre.

Septembre 1953. — La radio montre : un épaississement avec accentuation des lésions au niveau de la tête et du cotyle; pincement et décalcification. C'est une coxalgie en évolution.

On reprend la Streptomycine et l'on fait une immobilisation plâtrée.

Décembre 1953. — On enlève le plâtre; on a alors une coxalgie gauche en évolution. L'état général est bon. La vitesse de sédimentation est alors de 4-5.

La radio montre : pas de changement par rapport à l'évolution antérieure de la tête; il semble qu'il y ait un début de travail de réparation. La hanche est mobile, indolore. On reprend cependant Streptomycine et, en plus, Rimifon.

Janvier 1954. — Un nouveau plâtre est posé.

Mars 1954. — L'état général est bon. L'examen général montre : une hanche un peu mobile, en bonne position; la pression de la tête est douloureuse. Pas d'abcès. La vitesse de sédimentation est de 3-3. La radio montre cependant une légère amélioration du toit du cotyle.

Avril 1954. — Immobilisation plâtrée. Vitesse de sédimentation : 4-10.

Mai 1954. — On met l'enfant au Rimifon pour trois mois.

Juillet 1954. — On enlève le plâtre pour un examen clinique et radio.

On reprend Streptomycine et Rimifon.

La radio a montré : que la soudure osseuse se précise; la hanche est en bonne voie de guérison; les lésions sont localisées à la tête fémorale.

A la fin du mois, on assiste à une ankylose partielle de la hanche, indolore et en bonne position.

Octobre 1954. — Les lésions de la tête et du cotyle s'améliorent radiologiquement d'une façon très nette. Le profil de la tête est bien plus régulier.

La hanche est mobile, quelques douleurs au niveau de la tête à la pression. Pas d'abcès.

On refait alors un pelvi-pédieux.

Décembre 1954. — Bon état général. On reprend le Rimifon. La marche est prescrite avec le plâtre.

Février 1955. — Etat général déficient. Le genou gauche est gros et douloureux.

La radio montre une tête fémorale bien visible dont l'ensemble est recalcifié et la forme presque normale. L'ankylose n'est pas osseuse. Le cotyle est indemne.

On fait une culotte plâtrée; la hanche est mobile et indolore.

Juin 1955. — Assez bon état général. On a demandé un appareil en cuir armé.

Août 1955. — Une radio montre une tête fémorale en excellent

état. L'enfant pourra marcher avec son appareil. La hanche est indolore, mobile de quelques degrés.

Novembre 1955. — L'appareil pelvi-pédieux est livré. La mobilité de la hanche augmente notablement.

La coxalgie gauche est guérie. L'état général est encore déficient.

Janvier 1956. — On note une nouvelle augmentation de la mobilité de la hanche.

Mai 1956. — L'enfant peut alors aller à la plage sans appareil. L'état général est bon.

Juin 1956. — On arrête les promenades et l'on prescrit du Rimifon et du Calcium, car le développement de l'enfant s'est ralenti.

Juillet 1956. — L'enfant, à cette date, marche avec son appareil, qu'il peut du reste enlever. Sa coxalgie est guérie.

On envisage de le renvoyer dans sa famille pour le mois de septembre.

OBSERVATION N. VII

L.... Yvan, 18 ans, ostéite tuberculeuse juxta-articulaire du col du fémur droit. Immobilisation plâtrée : un an, cure hélio-marine. Coxalgie. Arthrodèse. Guérison.

L... Yvan, âgé de 18 ans et demi, vient au mois de juillet 1953, en consultation pour des douleurs au niveau de la cuisse et du pied droit. Un an auparavant, il avait déjà souffert de la cuisse et, à cette époque, l'on avait attribué ces douleurs à l'exercice du football. De plus, en décembre 1952, donc six mois auparavant, il avait commencé à boîter. Il a dû s'arrêter dans son travail à deux reprises.

Ce jeune homme n'a aucune atteinte de son état général. On ne relève rien dans ses antécédents. Sa cuti a viré en décembre 1952. L'examen pratiqué en juillet 1953, montre :

— Un syndrome d'arthrite de la hanche droite, avec limitation de tous les mouvements.

— De plus, on note la présence d'un ganglion rétro-crural.

La vitesse de sédimentation est de 9-20.

La radio met en évidence :

Un léger pincement articulaire, mais surtout une géode centro-cervicale polycyclique à droite.

Septembre 1953. — L'état clinique est le même. La vitesse de sédimentation est de 16-27. On note la persistance d'un gros ganglion. Des tomographies pratiquées sont peu probantes et la géode apparaîtrait plutôt antérieure.

On décide alors une hospitalisation pour pratiquer une immobilisation et mettre en œuvre un traitement par Streptomycine.

A cet effet, il est envoyé dans un établissement de cure héliomarine.

Janvier 1954. — Le malade, qui jusque-là, avait subi une évolution favorable, se plaint alors de douleurs dans la cuisse; de plus, les mouvements de sa hanche se bloquent de plus en plus et deviennent douloureux. On note aussi la présence de ganglions cruraux et rétro-cruraux. Une radiographie pratiquée à ce moment, montre une image de coxalgie avec disparition de l'espace clair articulaire et une ulcération des contours de la tête. Devant cet état, on décide de mettre un plâtre pelvi-pédieux et de faire un traitement de Streptomycine.

Août 1954. — Devant l'évolution, on décide de pratiquer une athrodèse.

Février 1955. — Le malade se lève pour la première fois, donc 8 mois après.

Mai 1955. — Muni d'un appareil plâtré pelvi-jambier, il reprend la marche.

Juin 1955. — Le jeune homme rentre chez lui. Son état général est très bon. Il ne souffre pas.

A l'examen : on a une ankylose parfaite et correcte. Le contour articulaire est rétabli.

Septembre 1955. — On fait raccourcir l'appareillage pour que le genou puisse retrouver toute sa mobilité.

Juin 1956. — Revu à la suite d'un état fébrile qui l'a obligé à s'arrêter deux mois; on ne fait pas de rapprochement entre sa hanche et cet état fébrile qui avait fait augmenter la vitesse de sédimentation.

La hanche est, en effet, absolument négative à l'examen.

Juillet 1956. — Ce jeune homme va très bien et sa vitesse de sédimentation est devenue normale.

OBSERVATION N. VIII

R... Maria, 7 ans, ostéite juxta-articulaire du col du fémur droit. Immobilisation plâtrée : 6 mois. Streptomycine. Guérison.

La petite R... Maria, âgée de 7 ans, entre au service de Chirurgie Infantile et Orthopédique (Pr. Pouyanne) en décembre 1951, pour décalcification. A la suite d'une chute au mois d'août 1951, on lui avait fait alors des piqûres de calcium et des massages électriques pendant 20 jours. Malgré cela, l'enfant boite toujours. De plus, mauvais appétit, a maigri, ne tousse pas. La cuti était positive il y a un an. Au point de vue antécédents personnels et familiaux : rien à signaler. Un examen pratiqué à cette date, montre : aucune atteinte caractéristique; à la marche, une boiterie. De plus, hypotonie du quadriceps. Adénopathie bilatérale : ganglions rétro-cruraux à droite. Limitation du mouvement hyperextenseur à droite. Les autres mouvements ne sont pas limités. La cuti faite à cette date est fortement positive.

Radio : intégrité complète de l'interligne articulaire de la hanche droite. Les lésions intéressent le col fémoral qui, légèrement soufflé, présente une raréfaction osseuse irrégulière lui conférant un aspect polygéodique, aspect pouvant être en faveur d'une ostéite tuberculeuse juxta-articulaire du col.

On instaure un traitement par Streptomycine : 0,50 gr. par jour. La vitesse de sédimentation est de 29-56.

Février 1952. — On arrête le traitement par Streptomycine, qui aura été en tout de 30 grammes. L'état clinique est sans changement. Persistance d'une adénopathie rétro-crurale droite.

Radio : interligne toujours conservé. Aspect du col fémoral inchangé. Il semble cependant qu'il y ait une limitation des lésions depuis le dernier cliché.

L'enfant avait été mise en extension continue; on remplace

l'extension par un pelvi-pédieux pour trois mois; l'enfant devant aller au Moutchic.

Mai 1952. — On renouvelle le pelvi-pédieux. L'examen de la hanche montre un bassin en rectitude, pas d'attitude vicieuse. Léger empâtement péri-articulaire. Le col est douloureux à la palpation. Grand trochanter indolore. Les mouvements sont peu diminués et indolores. Le genou est enraidi par l'immobilisation et ne peut être fléchi. On refait un nouveau plâtre pour deux mois.

Juin 1952. — Abcès causé par le plâtre sur la cuisse gauche; guéri par antibiotique et incision.

L'enfant est renvoyée au Moutchic.

Septembre 1952. — Pas d'attitude vicieuse ni de raccourcissement. L'articulation coxo-fémorale droite est souple et indolore; flexion : 70 degrés; abduction : 60 degrés; adduction : 20 degrés. Les rotations interne et externe sont sensiblement normales.

L'enfant a grossi et a bon appétit. La V.S. : 5-10.

Radio : le cotyle est toujours intact, comme le noyau de la tête fémorale. L'interligne est absolument normal. L'ostéite du col fémoral présente deux foyers en voie de recalcification.

On pose un plâtre pelvi-crural pour deux mois.

Novembre 1952. — La hanche est souple, ses mouvements d'amplitude pratiquement normaux.

Radio : recalcification importante, la géode est moins visible, le col plus homogène. Aucune déformation osseuse. V.S. : 15-44. On pose un plâtre pelvi-crural pour trois mois.

Janvier 1953. — Excellent état général; le genou est raide. La hanche droite présente 30 degrés à la flexion; l'abduction est de 80 degrés. Les rotations interne et externe sont normales.

Radio : cicatrisation des lésions, le col fémoral est recalcifié. On a seulement deux petites zones de décalcification siégeant au niveau du col. La V.S. : 14-35.

L'enfant sort à la fin du mois après ablation de son plâtre.

Février 1953. — L'enfant est revue en excellent état général; hanche parfaitement souple. Flexion presque normale, extension

complète, signe de la clef négatif. Pas de raccourcissement, pas d'adénopathie.

Avril 1953. — L'état général se maintient malgré un léger amaigrissement. Elle marche avec une légère claudication qui s'améliore régulièrement.

L'examen montre une souplesse parfaite de l'articulation. Pas de ganglion. Pas de douleur.

Juin 1953. — Etat général médiocre. Amaigrissement de 3 kg. L'enfant garde une légère claudication mais ne souffre pas.

Examen : mobilité parfaite de la hanche, légère amyotrophie. Un centimètre d'allongement. Pas d'adénopathie.

L'image radiologique est parfaite. La V.S. : 20-50.

Septembre 1956. — Donc, trois ans après, l'enfant est venue en très bon état général. Elle a une articulation tout à fait normale, mesure 1 m. 32, a un poids de 25 kg.

L'examen montre une légère cypho-scoliose lombaire. La marche est normale. La mobilité et la souplesse de la hanche sont également normales. On ne note pas de raccourcissement, atrophie de 1,2 cm. de la cuisse droite, hyperextension normale.

Radio : qui montre un col fémoral droit un peu plus court, et la persistance d'une cavité entre les travées. Coxa-vara discrète. Bascule de la tête en arrière, lui donnant la forme d'un croissant, et non d'une demi-sphère. Le reste est normal.

DISCUSSION
DES RESULTATS OBTENUS

Le nombre d'observations que nous avons apportées, est certes limité; aussi, n'est-il pas possible ici de faire une étude statistique.

Nous envisagerons donc simplement le rôle qu'ont pu jouer les antibiotiques dans les cas précités, quelle a pu être leur participation dans le résultat obtenu. Associant à cette étude les données récentes dans ce domaine.

Avant la venue des antibiotiques, les ostéites tuberculeuses juxta-articulaires se traitaient essentiellement par : l'immobilisation plâtrée, la cure hélio-marine et la chirurgie.

Actuellement, comment ont évolué ces thérapeutiques, vues sous l'angle antibiotique ?

Immobilisation plâtrée :

L'immobilisation plâtrée a gardé toute sa valeur; elle doit être « absolue, constante, prolongée » et, ce, jusqu'à l'obtention de tests de guérison clinique et radiologique.

Les malades que nous avons présenté, ont tous été immobilisés; la durée de leur immobilisation varie de 3 à 18 mois, avec une moyenne entre 6 mois et un an. Il semble cependant que la durée de l'immobilisation se soit un peu raccourcie : ceci par le fait que la streptomycine, en freinant le développement de la lésion osseuse, en réduit par-là même, la durée totale d'évolution.

Mais il faut être très prudent et éviter de redonner prématurément la mobilité à une articulation qui est encore le siège d'un processus évolutif.

Donc, en ce qui concerne la mise au repos de l'articulation, et ceci, d'une manière efficace, seule, l'immobilisation

peut nous la procurer; et l'on ne doit l'interrompre, qu'en se basant sur des critères cliniques et radiologiques offrant toute garantie.

Cure hélio-marine

Cette cure vise à mettre l'organisme dans des conditions favorables, pour mener à bien la lutte contre l'affection qui l'envahit; aussi, à ce titre, est-elle d'un précieux secours thérapeutique. En effet, comme le dit, Gérard-Marchant : « Ces antibiotiques ne guérissent pas la tuberculose, ils ne sont qu'adjuvants et c'est à l'organisme à se défendre. » Aussi, ne faut-il rien négliger pour consolider et affermir cette défense.

L'avantage de la cure, dont les indications auront été adaptées en fonction du malade à traiter, est double. D'une part, elle place le sujet dans des conditions climatiques favorables, et d'autre part, le malade trouve dans les établissements spécialisés où elle se pratique, une hygiène de vie et une surveillance thérapeutique qui sont de puissants facteurs de guérison.

Chirurgie :

Quel rôle va jouer désormais la chirurgie ? Va-t-elle être abandonnée ? Ou bien, au contraire, son emploi va-t-il s'étendre et s'appliquer à des lésions qui, autrefois, lui étaient interdites ?

Andrieu, en 1929, montrait l'amélioration du pourcentage de guérisons qu'il devait à la chirurgie; mais le problème restait des limites de son emploi, et il ne pouvait opérer que 50 % des cas qu'il présentait. L'intervention sur un foyer tuberculeux n'était pas considérée comme inoffensive, et bien souvent, on devait s'abstenir, faisant perdre ainsi au malade une chance de guérison.

Actuellement, le problème est changé, et l'on penche aujourd'hui vers l'intervention, lorsque celle-ci a ses indica-

tions bien entendu, que l'on pratique sous couvert d'antibiotiques.

Ainsi, Etienne (12) préconise un traitement pré-opératoire de 20 gr. de streptomycine, étant bien admis qu'une thérapeutique par immobilisation est pratiquée conjointement.

Très récemment, une publication de Manzoni (27) montre toute l'efficacité que peut avoir la chirurgie : il combat un excès de conservatisme dans ce domaine et insiste sur l'état général du malade qui doit être bien étudié et adapté en vue de l'acte chirurgical; il s'entoure aussi de nombreux examens, tant cliniques que radiologiques. Il insiste sur la valeur psychique de l'intervention pour le malade, ce dernier se réadapte ensuite beaucoup mieux à la vie, et voit souvent se réduire la longue et déprimante période de l'immobilisation plâtrée.

Ainsi, l'on peut intervenir là où autrefois l'on ne gardait qu'une prudente réserve, et c'est aux antibiotiques qu'en revient le mérite. Ils sont employés avant l'opération, pendant et après. En ce qui concerne nos observations, nous n'avons qu'un cas opéré (Obs. n. III). Le foyer, dans la rotule droite, avait été cureté, le séquestre enlevé, des antibiotiques placés « in situ »; l'opération menée dans d'excellentes conditions. Le résultat avait été très bon et quatre mois après, la guérison obtenue était complète et tout laissait supposer qu'elle serait durable (31). Cependant, un an après, le malade était revu en très mauvais état général, un genou présentant tous les signes d'une tumeur blanche; il a fallu encore une année de traitement, qui a associé immobilisation plâtrée et antibiotiques, pour obtenir un résultat bon, et qui se maintient après trois ans de recul.

Que penser de cette évolution ? Il semble difficile d'en donner une explication, et nous pouvons dire avec Gérard-Marchant : « Certes, ces antibiotiques ne guérissent pas la tuberculose, ils ne sont qu'adjuvants, et c'est à l'organisme de se défendre. Mais pourquoi, se défend-il dans tel cas, et non dans tel autre ? Pourquoi, certains malades résistent-ils au

traitement ? Pourquoi, à côté de succès spectaculaires, avons-nous des échecs totaux ? Il y a là des problèmes dont l'étude est ouverte. »

L'on peut penser aussi que le malade dont nous relatons l'histoire clinique dans l'observation n. III, aurait bénéficié avec profit de la chirurgie. En effet, sa lésion était nettement localisée, et bien limitée; un évidement eut peut-être raccourci l'évolution de l'affection. Or, cette lésion a abouti à une coxalgie, et la chirurgie n'a été employée pour lui, qu'en vue de parfaire l'immobilisation de sa hanche, par une arthrodèse. Actuellement, sur l'aspect des lésions, on peut envisager une libération de sa hanche, par une opération qui supprimerait l'arthrodèse, et ainsi lui rendre toute sa mobilité. Mais un temps précieux n'a-t-il pas été perdu en s'abstenant ?

Donc, la chirurgie, aujourd'hui, voit son champ d'action augmenter. Elle doit être utilisée le plus tôt possible; lorsque son indication aura été décidée sur des critères sérieux, Au point de vue technique, l'on doit, après curetage, saupoudrer localement de streptomycine et faire une suture complète sans drainage.

Les Antibiotiques :

Leur place aurait peut-être dû se trouver en tête de ce chapitre, mais en fait, s'associant à des thérapeutiques qui, avant eux, ont donné des résultats intéressants, nous ne pouvions passer ces dernières sous silence. De plus, nous avons pu voir comment ils les influençaient.

Tous les malades dont nous avons relaté les observations, ont reçu des antibiotiques. Cependant, une unité de doctrine n'a pas été adoptée dans leur administration; aussi, nous est-il difficile ici d'établir des comparaisons qui auraient été peut-être plus éloquentes. Néanmoins, chaque cas pris en particulier, a sa valeur et peut justifier, par son résultat, l'étude que nous avons entreprise.

Les doses administrées ont été variables; la V.S. a été re-

tenue comme un des critères principaux pour la conduite du traitement. La dose journalière étant de 0,50 gr. de streptomycine, et les cures étant d'une durée de quinze jours, nous n'avons pas observé d'accidents, ni de streptomycino-résistance.

Il nous semble opportun de faire figurer ici les doses préconisées par Pradel (32) pour des affections identiques :

— Nourrissons : 0,02 à 0,03 gr. par kg. et par jour.
— Avant 5 ans : 0,25 à 0,40 gr. par jour.
— De 5 à 10 ans : 0,50 gr. par jour.
— De 10 à 13-14 ans : 0,75 gr. par jour.
— Après 15 ans : 1 gr. par jour.

Ceci, en deux injections intramusculaires par jour.

Wilkinson (37) insiste de son côté sur un traitement de quatre-vingt-dix jours au minimum.

Gérard-Marchant et M. Salmon (17) préconisent une thérapeutique par streptomycine locale dans la lésion par trépano-ponction; nous n'en avons pas trouvé d'observations citées jusqu'à présent.

Voyons maintenant les résultats obtenus par les antibiotiques chez les malades que nous avons présenté.

L'observation n. II est celle d'un enfant qui n'a reçu que 7 grammes de streptomycine, les lésions de son fémur étaient cependant importantes (voir schéma) et en 7 mois, on assiste à une évolution favorable, aussi bien radiologique que fonctionnelle.

Dans notre observation n. III, la dose administrée lors de la première cure fut de 60 grammes, et lors de la deuxième cure, celle qui succéda à la rechute, de 45 grammes; soit en tout, 105 grammes de streptomycine. La lésion avait pourtant été curetée chirurgicalement, les antibiotiques placés dans la géode au cours de l'intervention, et malgré cela, l'on a assisté un an après à une deuxième poussée. Cette deuxième atteinte n'a été guérie qu'au prix d'un traitement d'un an, associant cinq mois d'immobilisation plâtrée et 60 grammes de strepto-

mycine, et le résultat, pour bon qu'il a été, demeurait cependant moins brillant que la première fois. Un recul de trois ans peut cependant laisser espérer qu'il sera définitif.

L'observation n. VIII, celle de la jeune Maria, fait mention d'une dose de 30 grammes de streptomycine d'une immobilisation qui a duré 6 mois. L'ensemble du traitement a duré un an. Le résultat obtenu est des plus encourageants, et cette fillette, revue en octobre 1956, donc plus de trois ans après la fin de son traitement, permet de penser que la guérison se maintiendra.

La petite B... Françoise, qui fut l'objet de l'observation n. V, avec 30 grammes de streptomycine, et une immobilisation plâtrée de six mois, vit son état s'améliorer considérablement. Sa guérison remonte à deux ans et se maintient parfaitement jusqu'ici. Si nous comparons la radiographie prise au début de l'évolution de sa maladie et celle prise au moment de sa guérison, nous constatons : que la géode qui siégeait à l'extrêmité inférieure de son tibia s'est agrandie. Que devons-nous en penser ? L'évolution clinique ayant été des plus favorables et le résultat fonctionnel excellent. Peut-être s'agit-il ici d'un processus évoluant dans le sens d'un remaniement du tissu osseux, dans sa phase de reconstruction; mais ce n'est là qu'une hypothèse. Hypothèse qui semble cependant être confirmée par une radiographie récente qui nous montre une quasi-disparition de la géode. C'est cette évolution radiologique que nous avons essayé d'illustrer en trois schémas.

Si nous reprenons les résultats obtenus par Andrieu, qui ne disposait pas des antibiotiques, nous voyons cependant que la durée du traitement a pu être un peu diminuée, sans toutefois que ce soit dans des limites très étendues. Andrieu, en effet, comptait comme durée de traitement pour une hanche deux ans et demi à trois ans, sans chirurgie; avec l'opération, il abrégeait d'un quart l'évolution, mais souligne-t-il, « il faut compléter par un traitement conservateur de pure prudence,

qui consiste en une immobilisation assez longue après intervention ».

Autrement dit, la guérison complète demandait encore une longue période avant la reprise de son activité par le malade.

D'autre part, l'antibiotique qui donne actuellement les meilleurs résultats est la streptomycine. Mais l'on peut avec succès l'associer à l'I.N.H. et au P.A.S., c'est ce qui a été fait notamment pour le malade, qui fait l'objet de l'obs. n. VI.

L'association est du reste recommandée par de nombreux auteurs. Donc, dans l'état actuel de l'arsenal antibiotique, c'est la streptomycine qui reste l'arme de choix; on peut penser que de nouveaux antibiotiques pourront eux aussi avoir une action, qui n'a pas encore été démontrée mais pourra être efficace. Ainsi, la viocyne est actuellement à l'étude et pourra peut-être amener du nouveau dans la thérapeutique des tuberculoses osseuses.

L'on peut se demander également, et avec raison, si dans un avenir peut-être très proche, ces questions ne perdront pas de leur importance. En effet, les ostéïtes tuberculeuses sont en régression. La pratique de la vaccination par le B.C.G. (16) semble déjà reculer l'âge de la contamination, et, comme le dit Gérard Marchand : « amener une résistance temporaire, résistance qui pourrait peut-être devenir définitive, si les revaccinations avaient été pratiquées et des contrôles de cutiréaction exercés ».

CONCLUSIONS

I. - De cette étude, se dégage des données qui semblent apporter au rôle joué par les antibiotiques dans les tuberculoses osseuses juxta-articulaires, si ce n'est des élément nouveaux, du moins une confirmation des idées acquises jusqu'ici, dans ce domaine. Et en tout cas l'intègrent dans une question, actuellement encore à l'étude.

II. - Les antibiotiques ne supplantent pas les anciennes thérapeutiques, ils se juxtaposent à elles. Donc à eux seuls ils ne sauraient suffire.

III. - Ils doivent être employés conjointement aux traitements utilisés jusqu'ici, et qui ont fait bonne preuve : cure hélio-marine, immobilisation, chirurgie.

IV. - Leur administration doit être précoce, suffisamment prolongée. Les apporter au sein même de la lésion semble en augmenter l'efficacité.

V. - Ils ont pu modifier les interventions chirurgicales, et quand celles-ci trouvent leur application, en rendre possible la mise en œuvre.

VI. - Leur action bénéfique, se fait sentir beaucoup moins dans la durée du traitement que dans l'obtention d'une guérison, qui au bout de plusieurs années semble de qualité.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes Condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes Confrères pour des frères, et s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes. Si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

VU :

Le Doyen :
R. SIGALAS.

Le Président de Thèse :
L. POUYANNE

VU ET PERMIS D IMPRIMER

Bordeaux, le 12 Novembre 1956.
le Recteur :
E. DELAGE.

BIBLIOGRAPHIE

1. Allende M.-F., Des dangers de la biopsie de la hanche en cas de tuberculose. *Thèse de Paris, 1942.*
2. Allenbech et Wiest, Premiers résultats de l'action de l'isoniazide sur la tuberculose ostéo-articulaire. *Rev. de Chir. Orth.* Avril-juin 1953, 25, *n.* 2.
3. Andrieu, Traitement chirurgical de tuberculose ostéo-articulaire en cure hélio-marine. *Pres. Méd.*, 1942, 20 mai, 356.
4. Banks Frigsten Compere, Régénération des centres d'ossification consécutive à la destruction pyogène ou tuberculeuse. *The Journal of the American Medical Association*, 6 jan. 1940, 114, *n. 1.*
5. Bickel W., Young H., Puetze K., Norley C. (Rochester), La streptomycine dans la tuberculose ostéo-articulaire. *The Journal of the American Association*, juin 1941, 237, 682-686. *Pres. Méd.* du 16 mars 1949, *n. 18*, 242.
6. Blondal I., Case of cystic tuberculosis in bones and joint. Acta Radiol. 1944, *n. 25*, 366-371.
7. Bridsong M., Eagle C.-S.-L., Multiples cystics tuberculosis of bones. *Pediatrics I.*, juin 1948 767-770.
8. Boulan, Contribution à l'étude des ostéites tuberculeuses de part et d'autre de la hanche sans atteinte articulaire chez l'enfant. *Thèse de Paris* 1953.
9. Cuenot (Arcachon), Association Streptomycine Penicilline dans le traitement de la tuberculose locale chirurgicale abcédée. *Bordeaux Chirurgical*, juillet 1949 (fasc. 3, p. 93).
10. Dessaint J.-J., Sur le traitement des tuberculoses ostéo-articulaires par l'hydrazide de l'acide isonicotinique. *Académie* de Chirurgie, 8 décembre 1954, *n. 33* et *34*, 912.

11. Detrie Ph., Nouvel aspect thérapeutique de la tuberculose ostéo-articulaire de l'adulte. *Pres. Méd.*, 15 février 1956, *n. 13*, 278.

12. Etienne, Intervention chirurgicale dans les tuberculoses osseuses métaphysaires et épiphysaires. *Rev. Chir. Orthop.*, 1953, 238.

13. Faleur G., Contribution à l'étude de la tuberculose juxta-articulaire 8o, Paris, 1903.

14. Franck P., Foyers extra-articulaires des os longs. *Rev. Suisse Tub.*, 1952, *n. 4*, 319-326.

15. Gerard-Marchant, Beraud, Picard, Peut-on parler de nouveaux types évolutifs de tuberculose articulaire ? *Rev. Chir. Orthop.*, oct-déc. 1953, 648.

16. Gerard-Marchant et J. Giret, Tuberculose ostéo-articulaire et B.C.G. *Rev. Chir. Orthop.*, 1953, 236.

17. Gerard-Marchant P. et Salmon P., Chimiothérapie des tuberculoses osseuses et articulaires. *Rev. Orthop.*, 1950, XXVe Congrès Orthopédie.

18. Ghormley R.-K., Chimiothérapie dans la tuberculose osseuse et articulaire. *J. Bone Joint Surg.*, avril 1952, 34 A, *n. 2*, 252.

19. Guerin et Lubiez, Antibiotiques dans le traitement des tuberculoses ostéo-articulaires fistulisées. *Rev. Orthop.*, déc.-oct. 1949, t. 35, *n. 6*, 556.

20. Guillemenet, Tuberculose ostéo-articulaire et streptomycine. Société de Chir. de Lyon, 10 fév. 1949, *n. 19*, 252. *Pres. Méd.*, 19 mars 1949.

21. Harris R.-I., Coultard H.-S. et Dewar F.-P., La streptomycine dans le traitement des tuberculoses osseuses et articulaires. *J. Bone Joint Surg.*, avril 1952, 34 A, *n. 2*, 279-298 et 329-330.

22. Jeabek, Les ostéites tuberculeuses para-articulaires. Koranski Hornik. *Orthopédie*, 1934, 5.

23. Judet J.-R., L'isoniazide dans le traitement de la tuberculose ostéo-articulaire. René et Lagrange. Société française de

thérapeutique et de pharmacodynamie du 17 déc. 1952. *Pres. Méd.*, 14 mai 1953, 692, *n. 33.*

24. Lance P., Ostéites tuberculeuses. Encycl. Méd. Chir. Os. et Articulations, 1954, 4, 14018, A 10.

25. Loubat L., Pouyanne et Geneste, Streptomycine dans le traitement des tuberculoses osseuses et ostéo-articulaires fistulées. *J. Méd. Bordeaux*, octobre 1953, 620, *n. 10.*

26. Maissien J.-P., Contrôle graphique du stade évolutif des tuberculoses ostéo-articulaires. Année 1954. *Rev. de Chir. Orthop.*, oct.-déc., *n. 5* et *6*, 521.

27. Manzoni Al., Limites entre le traitement conservateur et chirugical de la tuberculose ostéo-articulaire. *Rev. de Chir. Orthop.*, 1955, avril-juin, 277.

28. May R., Résultats du traitement de 200 tuberculoses ostéo-articulaires par les tuberculostatiques et en particulier par le Conteben (T.B.I. 698). *Deutches Med. Wschr*, août 1951, 76, *n. 31-32.*

29. Meunier, Scarbonchi et Demarty, Streptomycine et tuberculose ostéo-articulaire. Société de Médecine Militaire Française du 8 juin 1950. *Presse Méd.*, 9 sept. 1950, 956, *n. 55.*

30. Munhir Ahmet Sarpycnes (Istanbul), Streptomycine et les tuberculoses chirurgicales. *Rev. Orth.*, juil-sept. 1956, t. 36, *n. 5*, 340.

31. Pouyanne L., Ostéites bacillaire de la rotule. Curetage et Streptomycine. Guérison sans arthrite du genou. *J. Méd. Bordeaux*, oct. 1951, 941.

32. Pradel A.-G.-G., Contributions à l'étude des ostéites tuberculeuses juxta-articulaires de l'enfant; leur traitement par la Streptomycine. *Thèse de Paris*, juil. 1952.

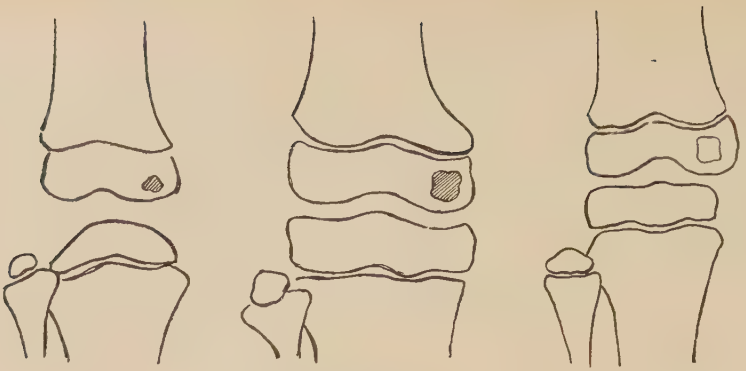
33. Richard, Traitement préventif de la coxalgie dans les lésions juxta-articulaires de la hanche. An. Méd. *Rev. Orthop.*, 1939, 370.

34. Sorrel M. et Mme, Les causes de localisation osseuses de la tuberculose. *Pres. Méd.*, 14 mai 1941, 532.

35. M. et Mme Sorrel, MM. Gerard-Marchand et Galland et J. Giret, Tuberculose ostéo-articulaire et INH pur ou associé (d'après 5.555 cas traités dans les sanatoriums spécialisés). Société Française de la Tuberculose du 12 déc. 1953, *Pres. Méd.*, 23 janv. 1954, 98, *n. 5.*

36. Weber R. et Coeuilliez A., L'Association Streptomycine-T.B. I dans le traitement de la tuberculose osseuse (résultats des 72 premiers cas). Rapport de P. Lance. Acad. de Chirurgie, 1953, 79, *n. 6-7*,, 147-152.

37. Wilkinson M.-C. (Angleterre), Chimiothérapie de la tuberculose ostéo-articulaire. The Journal of Bone and Joint. *Rev. de Chir. Orthop.*, avril-juin 1955, 309.

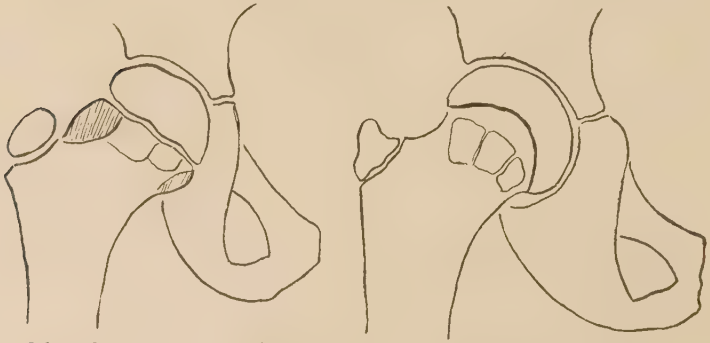


Octobre 1953 Janvier 1955 Août 1956

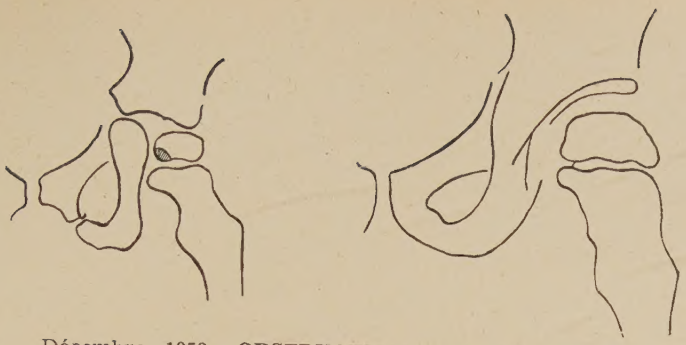
OBSERVATION N. V

Septembre 1953 **OBSERVATION N. VI** Juillet 1956

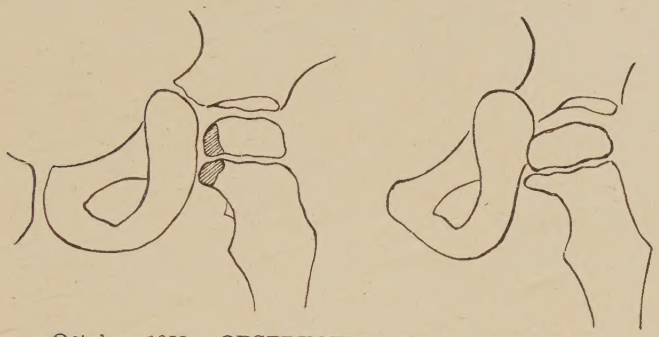
Janvier 1954 **OBSERVATION N. VII** Avril 1956



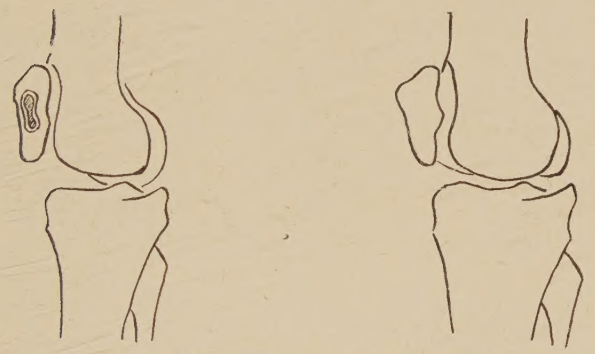
Décembre 1951 **OBSERVATION N. VIII** Octobre 1956



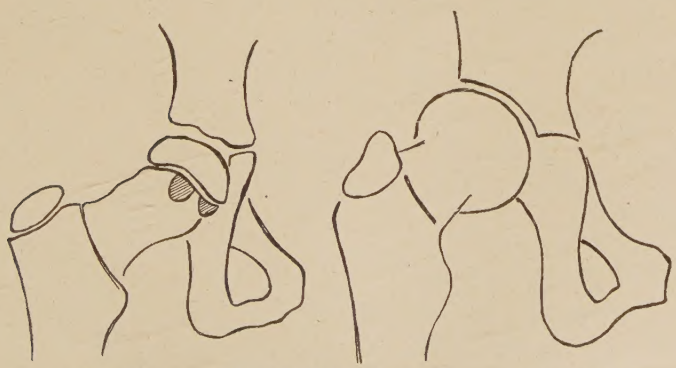
Décembre 1953 **OBSERVATION N. I** Mai 1956



Octobre 1955 **OBSERVATION N. II** Août 1956



Octobre 1950 **OBSERVATION N. III** Juillet 1956



Juin 1952 **OBSERVATION N. IV** Mai 1955